

**El Programa de Asistencia para Educación Infantil y Tiempo Afuera de la Escuela** es administrada por medio de la Unidad de Apoyo Familiar de la División de Cuido y Educación Infantil. El propósito del programa es incrementar la disponibilidad, asequibilidad, y calidad de los servicios de cuidado para familias en el estado de Arkansas. Familias que son elegible para asistencia reciben cuidado gratuito o reducido en un proveedor licenciado y aprobado por el estado (pendiente a fondos disponibles).

## Lista de verificación de la solicitud de trabajador de servicios esenciales

Para procesar su solicitud DE CUIDADO INFANTIL DE TRABAJADORES DE SERVICIOS ESENCIALES, se requiere la siguiente información:

### **SOLICITUD:**

- Solicitud Completada:** Debe completar todas las secciones, y la solicitud debe estar firmada y con fecha.  
(solicitudes incompletas serán regresadas o denegadas)

### **DOCUMENTACION REQUERIDA:**

- Identificación con foto para todos los adultos en el grupo de elegibilidad:** licencia de conducir, ejercito, escuela, editada del estado, o pasaporte
- Identificación con foto para representate autorizado (si es aplicable):** licencia de conducir, ejercito, escuela, editada del estado, o pasaporte
- Acta de Nacimiento/Comprobante de Ciudadano para cada niño que solicita asistencia**
- Copia de la tarjeta de seguro social o número de seguro social para cada niño que solicita asistencia**
- Comprobante de Vivienda para el aplicante (dirección física):** puede incluir, pero no limitado a; Contrato de Arrendamiento, recibo de renta, contrato de hipoteca, facturas, correo, ID emitido del federal o estatal, talones de pago, declaración notarizado o verificación de sistema estatal.
- Verificación de empleo esencial:** talón de cheque más reciente recibido en los últimos 30 días, declaración del empleo en papel con membrete o correo electrónico de la agencia
- Correo Electrónico Valido**

### **SUBMISSION:**

Si usted proporciona servicios esenciales en la categoría a continuación complete la solicitud adjunta y envíe por correo electrónico a [EssentialWorker@dhs.arkansas.gov](mailto:EssentialWorker@dhs.arkansas.gov) (Ingrese el apellido del solicitante en la línea de asunto del correo electrónico)

- \*Personal de Emergencia \*Personal de Educación/Cuidado Infantil \*Proveedores de Servicios de Salud  
\*Personal de Salud Pública \*Trabajadores de Manufactureras \*Personal de la Cadena de Suministro de Alimentos  
\*Trabajadores de Saneamiento

**Nota:** Las pautas de ingresos no se aplican a las solicitudes de trabajadores de servicios esenciales. Si no excede las pautas de ingresos a continuación, puede ser elegible para nuestro programa regular de asistencia para el cuidado de niños.

### **Ver pauta de ingresos:**

Tamaño Familiar	Ingresos Mensuales	Sobre Ingresos
1	\$2,556.74	\$2,556.75
2	\$3,343.43	\$3,343.44
3	\$4,130.12	\$4,130.13
4	\$4,916.82	\$4,916.83
5	\$5,703.51	\$5,703.52
6	\$6,490.20	\$6,490.21

La solicitud de cuidado infantil regular se puede encontrar en nuestro sitio web: <http://humanservices.arkansas.gov/dccece/Pages/default.aspx>



Educación de la primera infancia y asistencia y programa afuera de la escuela  
 Solicitud para Trabajador de Servicios Esenciales  
 ENVÍEN SOLICITUD A: [EssentialWorker@dhs.arkansas.gov](mailto:EssentialWorker@dhs.arkansas.gov)  
 (Ingrese el apellido del solicitante en la línea de asunto del correo electrónico)

# Seguro Social (Opcional)		Primer Nombre Inicial Apellido (aplicante)		Fecha de Nacimiento	Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o			
Raza (ver código):	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Lenguaje Primario:	#de Padres en el Hogar:	Cuantos en el Hogar	Nivel Mas Alto de Educación o Entrenamiento				
Código de Raza: A = Asiático Americano B = Negro/Africano Americano H = Hawaiano/Isleño del Pacifico I = Indio Americano o Nativo de Alaska W = Blanco/Caucásico O = Otro									
Dirección de Correo		Ciudad/Estado		Código Postal	Condado	Numero de Casa/Móvil:			
Dirección de Calle (si es diferente)		Ciudad/Estado		Código Postal	Condado	Teléfono de Mensaje:			
Correo Electrónico Actual/Valido (necesario)					Distrito Escolar (Sin abreviaturas):				
<b>INFORMACION DE HOGAR: * Enumere toda la información de los miembros del hogar</b>									
# de Seguro Social	Primer Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero	Ciudadano/ Residente Legal	Relación al Padre/ Guardian	Cuidado Necesario?	Raza (ver código)
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Proporciona trabajo esencial en una de las siguientes áreas relacionadas con COVID-19? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No									
En caso de que Si, marque las áreas que le corresponden a continuación;									
<input type="checkbox"/> Respondedores de Emergencia <input type="checkbox"/> Personal de Salud Pública <input type="checkbox"/> Proveedores de Atención Medica <input type="checkbox"/> Personal de Educación/Cuidado de Niños									
<input type="checkbox"/> Trabajadores de Manufactura <input type="checkbox"/> Personal de la Cadena de Suministro de Alimentos <input type="checkbox"/> Trabajadores de Saneamiento									
Nombre de Empleado: _____					Supervisor o Contacto de Recursos Humanos; _____				
Número de Teléfono; _____					Correo Electrónico _____				
Información para cónyuge (si aplica)									
Nombre de Empleado: _____					Supervisor o Contacto de Recursos Humanos; _____				
Número de Teléfono; _____					Correo Electrónico _____				
<b>PARA SER COMPLETADO POR EL PARTICIPANTE APROBADO DEL PROGRAMA CCDF (Proveedor):</b>									
Si selecciona varias instalaciones, pídale al proveedor adicional que complete un Formulario de arreglos de cuidado infantil.									
El formulario está disponible en nuestro sitio web: <a href="http://humanservices.arkansas.gov/dccece/Pages/default.aspx">http://humanservices.arkansas.gov/dccece/Pages/default.aspx</a>									
Child Care Provider to complete/ Completado por el Proveedor de Guardería:									
CCDF Program Participant									
Child Care Provider Signature					Child Care Provider Signature Date				
Child Care Provider License Number			Quality Approved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Better Beginnings Level <input type="checkbox"/> Level 1 <input type="checkbox"/> Level 2 <input type="checkbox"/> Level 3			

### Rights and Responsibilities

1. Entiende que el Programa de Asistencia para el cuidado de niños solo puede extenderse mientras dure la ayuda de los fondos Federales.
2. La asistencia de cuidado de niños no se le puede negar basado en su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, origen de nacionalidad, o creencias políticas.
3. Retener información o proporcionar información falsa puede resultar en la denegación o terminación de la asistencia de cuidado de niños. Usted acepta cooperar en cualquier consulta con DHS relacionada con su asistencia de cuidado de niño. El no cooperar resultará en la terminación de los servicios de cuidado de niños.
4. La información proporcionada no se divulgará sin su consentimiento por escrito, excepto a las partes permitidas por la ley. Su nombre y número de Seguro Social pueden ser proporcionados a empleadores, agencias gubernamentales, instituciones educativas o cualquier otra parte que DHS considere necesaria para determinar su elegibilidad. El DHS hará referencia a la información proporcionada a otros programas gubernamentales.
5. Participante de Programa CCDF (Guardería) puede ser seleccionado de acuerdo con la elección de los padres. La Información del Participante de Programa CCDF se puede encontrar en nuestro sitio de web <http://humanservices.arkansas.gov/dccece/Pages/default.aspx>
6. La información del sitio web incluye:
  - Herramienta de búsqueda de cuidado de niños
  - Calificación de Mejores comienzos
  - Quejas de las instalaciones y Visitas a las instalaciones
7. DHS no pagará o reembolsará retroactivamente los gastos de cuidado de niños de bajos ingresos antes de la aprobación.
8. Se requiere un formulario de Acuerdo de cuidado infantil y un formulario de informe de cambio para cambiar de proveedor de cuidado infantil. No se deben realizar cambios sin aprobación previa.
9. Si se toma alguna medida adversa en su solicitud o en su caso de cuidado infantil, excluyendo el sobrepago o el fraude, tiene derecho a una Revisión Interna. Si se alega un sobrepago, fraude y / o violación intencional del programa, usted tiene derecho a una audiencia administrativa.
10. Todos los avisos se enviarán electrónicamente. Una dirección de correo electrónico precisa y válida debe estar archivada. El correo electrónico debe ser revisado todos los días para asegurar que todos los avisos se reciban. DHS no se hace responsable por falta de comunicación porque usted falto de reportar un cambio de dirección de correo electrónico dentro los diez (10) días de calendario para un reporte de cambio.
11. El Participante del Programa CCDF (guardería) puede cobrar las siguientes tarifas:
  - Registro, pagos tardes, aseguranza, materiales o cuotas razonables
  - Diferencia entre la tarifa de pago privado y la tarifa estatal
  - Cuotas por días excedidos de ausencia

Trimestre	Días Permitidos	No Exceder
Julio - Octubre	12	6 n cualquier mes
Noviembre - Febrero	16	8 en cualquier mes
Marzo - Junio	12	6 en cualquier mes

CERTIFICACIÓN: Certifico que soy un empleado Esencial en mi lugar de trabajo, que está brindando servicios esenciales durante la pandemia de COVID-19, y no tengo acceso a una opción de cuidado infantil alternativo seguro y saludable. Entiendo que la Asistencia de Cuidado Infantil solo puede extenderse mientras dure la pandemia de COVID-19. Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que dar información falsa o retener información puede resultar en la denegación, terminación o descalificación de la Asistencia para el cuidado de niños o un proceso penal, y el reembolso de la asistencia financiera hecha en mi nombre.

<b>Firma del Solicitante</b>	<b>Fecha que Firmo el Solicitante</b>